



UNIVERSIDAD  
**NACIONAL**  
DE COLOMBIA

Proyecto **cultural y colectivo** de nación

Audiencia Pública Proyecto de Ley N° 10 de 2020 – Senado, 425 de 2020 - Cámara - “Por medio de la cual se dictan disposiciones orientadas a garantizar el derecho fundamental a la salud dentro del Sistema General de Seguridad Social, de conformidad con la ley 1751 de 2015, y la sostenibilidad del sistema de salud” (Mensaje de urgencia). Comisión Séptima del Senado. Sesión virtual. 13 de noviembre de 2020.

# El proyecto de ley N° 10/425 de 2020 va en contra de la Ley estatutaria en salud N° 1751 de 2015

Mario Hernández Álvarez

MD, Esp. Bioética, MSc. PhD. Historia

Profesor Asociado

Departamento de Salud Pública

Facultad de Medicina

Coordinador Doctorado Interfacultades en Salud Pública

Universidad Nacional de Colombia

Miembro del Pacto Nacional por la Salud y la Vida

# Plan de presentación

¿Por qué el proyecto de ley 10/425 de 2020 va en contra de la Ley estatutaria en salud 1751 de 2015 (Sentencia C-313 de 2014)?:

- **Separación de ciudadanos** según capacidad de pago demostrada
- Plan de beneficios **explícito**
- **Cuotas moderadoras para pacientes** por incumplimiento
- Recursos de **destinación específica**
- **Otras** violaciones
- ¿Hay **alternativa**?

# Separación de ciudadanos según capacidad de pago demostrada

Ley 1751 de 2015:

Art. 6, (elementos y principios) a) *Universalidad*. Los *residentes en el territorio colombiano* gozarán efectivamente del derecho fundamental a la salud en todas las etapas de la vida.

Implica **no discriminación económica**, social, cultural, de género o religiosa, en función de la “**igual dignidad**” de las personas, según la OG N° 14/00, Comité DESC tomada por la Sentencia C-313 de 2014 que moduló e interpretó la Ley 1751 de 2015.

El PL 10/425-20 sostiene la separación entre “**pobres**” demostrados por la encuesta SISBEN (RS), “**no pobres**” obligados a demostrar el pago de cotización (RS), incluso para desempleados con un SM llamadas “**contribución solidaria**” (Art. 21). Y siguen los seguros privados para quienes puedan pagarlos (**puerientes**).

El modelo de SGSSS **sostiene la desigualdad social** entre pobres, sectores medios y ricos, además de inequidades de **género, étnicas y territoriales** acumuladas.

Se requiere un nuevo sistema de salud que **no clasifique** a los ciudadanos según capacidad de pago

# Plan de beneficios explícito

El Art. 15 de la Ley 1751 de 2015 define seis criterios para definir “**exclusiones explícitas**” de servicios y tecnologías no cubiertos con recursos públicos, con la siguiente expresión:

*Los servicios o tecnologías que cumplan con esos criterios serán **explícitamente excluidos** por el Ministerio de Salud y Protección Social [...] previo un **procedimiento técnico-científico, de carácter público, colectivo, participativo y transparente**”.*

La Corte Constitucional declaró **inexequible** la locución:

*“... para definir las **prestaciones cubiertas por el sistema**” (Sentencia C-313/14, pp. 743-744).*

Como consecuencia: todo lo que **no sea excluido**, está **incluido**.

El PL 10/425-20 sostiene el **plan de beneficios explícito** (Art. 5 y 19), además de las exclusiones. Esto ocurre porque se mantiene **el traslado de los recursos (UPC)** a intermediarios que garantizan un **plan de beneficios (PB)**. **Entre menos gasten la UPC más rentabilidad obtienen** (deudas) o bien **transfieren a sus integrados** (consorcio).

El **debilitamiento de la salud pública**, de los **entes territoriales** y la **precariedad laboral** tiene que ver con esta **concentración de los recursos en atención individual** y una **gestión individual del riesgo** que los intermediarios no han hecho porque no es **rentable en corto plazo**.

Si no hay intermediación financiera y se recupera la **administración pública y territorial de los recursos**, es posible garantizar a toda la ciudadanía los servicios y tecnologías que se requieran con criterio de necesidad, equidad e integralidad (APS, redes e intersectorialidad con participación social)

# Cuotas moderadoras para pacientes por incumplimiento

Art. 11, Par. 4 del PL 10/425 - 20:

*Las personas tendrán el **deber de seguir los lineamientos** del autocuidado [...] las recomendaciones dadas por el personal de salud como parte gestión integral del riesgo, la adherencia al tratamiento, el cumplimiento de citas y otras que puedan afectar la salud // El **cumplimiento o incumplimiento** de tales acciones se reflejará en las **cuotas moderadoras**, según la reglamentación que adopte el Ministerio de Salud y Protección Social y en otras medidas de estímulo.*

Art. 6. Par. 1 (derechos y deberes), La Ley 1751 de 2015:

*Los efectos del incumplimiento de estos deberes solo podrán ser determinados por el legislador. **En ningún caso su incumplimiento podrá ser invocado para impedir o restringir el acceso oportuno a servicios de salud requeridos.***

La **cuotas moderadoras son barreras de acceso** para los más pobres del RC y en el área rural y los miles de **tutelas** de las cuales más de **70% son PBS**.

Los sistemas públicos y únicos, con administrador público descentralizado, no requieren sanciones para lograr la adherencia de los pacientes a sus tratamientos y recomendaciones preventivas. Esto se logra con un **verdadero “vínculo” entre el equipo de salud multiprofesional y las familias y comunidades**

# Recursos de destinación específica

Art. 25 de la Ley 1751 de 2015:

*Los recursos públicos que financian la salud son inembargables, tienen **destinación específica y no podrán ser dirigidos a fines diferentes** a los previstos constitucional y legalmente.*

Dado que se profundiza la **intermediación financiera**:

- Se modifica el nombre de EPS a “**Aseguradora en Salud**”. Sin embargo, **no son aseguradoras**; son **administradoras de recursos públicos** (cotizaciones e impuestos) por la figura de la “**Unidad de Pago por Capitación**” (UPC) con **destinación específica**.
- Se habla de “**prima de aseguramiento**” (Art. 22) como en **seguros comerciales**, pero es un **traslado per cápita de recursos públicos** de destinación específica.
- **Depuración y territorialización** del aseguramiento implica darle mejores condiciones a las EPS: **oligopolio, monopolio y economía de escala**
- Dado que los intermediarios deben destinar los recursos a la prestación, han hecho **integración comercial y vertical con prestadores (grandes corporaciones)** quebrando a prestadores públicos, porque reciben sagradamente la UPC de recursos públicos.

Si se quiere garantizar la **destinación específica**, debe hacer **administración pública** territorial de los recursos, **sin lucro alguno**, y organizar **redes públicas y privadas por complementariedad** según la **diversidad y la superación de inequidades** acumuladas en los territorios

# ¿Otras violaciones?

## Artículos de la Ley 1751 de 2015

- **Interculturalidad** (aceptabilidad, pueblos indígenas, SISPI) (Art. 6).
- **Integralidad** (Art. 7)
- Determinantes sociales de las “**desigualdades**” (Art 8)
- **Participación** social (Art. 12)
- **Autonomía** profesional (Art. 17)
- Respeto a “**dignidad**” de profesionales y trabajadores en salud (Art. 18)
- **Disponibilidad** de servicios en áreas marginadas, según “**rentabilidad social**” y no financiera de prestadores públicos (Art. 24)
- **Regímenes de excepción**: son **derechos adquiridos** protegidos por la Constitución. Si se quieren mejorar **no es por la vía de la “libre elección”** del usuario, sino **fortaleciendo la administración** territorial y participativa de sus recursos y el desarrollo de un **modelo específico de atención integral**.



# ¿Hay alternativa? Un nuevo sistema de salud (y protecciones sociales) público, diverso y territorial que garantice derechos

## Otra institucionalidad en salud

Sin regímenes y sin plan de beneficios explícito, sólo exclusiones explícitas (ciudadanía social)

Sin intermediación financiera (que aumenta costos de transacción)

### Territorios sociales de salud y paz

Salud como “**Buen vivir**” (soberanía alimentaria, agroecología, cuidado de naturaleza, salud laboral, protecciones sociales)

Fondo público – **unidad de administración pública (¿ADRES?)** descentralizada, colegiada y democrática (incluye SOAT y RL)

**APS** como vínculo efectivo con **otros sectores**

**APS** articulada a **participación** social en salud y en diálogo de saberes

**APS** como primer contacto y puerta de entrada **intercultural** a las redes de servicios de salud

# Un nuevo sistema de salud (y protecciones sociales) público, diverso y territorial que garantice derechos

## Otra institucionalidad en salud

### Estatuto del trabajador de la salud y redes públicas universitarias

#### Redes de servicios

Red de servicios  
especializados  
ambulatorios

Red de servicios  
de hospitalización

Red de  
urgencias

#### Red Primaria

#### Redes de apoyo

Red de vigilancia  
en salud (SIIS)

Red de apoyo diagnóstico

Red de servicios farmacéuticos

Red de rehabilitación

En perspectiva **intercultural**, **interseccional** (diálogo de saberes) y con **especificidad territorial**

Es necesario archivar el PL 10 de 2020 –  
Senado y realizar un proceso de discusión  
nacional sobre un nuevo sistema único y  
público de salud

*Gracias*

[mehernandez@unal.edu.co](mailto:mehernandez@unal.edu.co)  
[docisp\\_bog@unal.edu.co](mailto:docisp_bog@unal.edu.co)